

*DOKUMENTATIONSGEWOHNHEITEN
IN DER ALLGEMEINPRAXIS*

Brigitte Pfeiffer

1980

Dissertations- und Fotodruck ANNELIESE SCHUBERT
Corneliusstraße 21 · 8000 München 5 · Telefon 26 81 77

Aus der Medizinischen Poliklinik
der Universität München

Direktor: Prof. Dr. N. Zöllner

DOKUMENTATIONSGEWOHNHEITEN
IN DER ALLGEMEINPRAXIS

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Brigitte Pfeiffer
aus Lindenberg im Allgäu

München 1980

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Priv. Doz. Dr. H. Fillau

Mitberichterstatter: Prof. Dr. N. Zöllner

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 6.11.80



INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I. EINFÜHRUNG	
1. Dokumentation in der Praxis: Pflichten und Möglichkeiten	1
2. Aufgaben und Ziele der Dokumentation in der Praxis	4
3. Karteisysteme für die Allgemeinpraxis	6
4. Dokumentationshilfen für die Praxis	12
5. Vorschläge aus der Literatur zur zweckmäßigen Führung der Patientenkartei	22
6. Probleme der Nomenklatur	25
II. ZU DIESER ARBEIT	
1. Material und Methode	27
2. Ergebnisse	32
III. DISKUSSION	49
IV. EMPFEHLUNGEN FÜR EINE PRAXISGERECHTE DOKUMENTATION	57
V. ZUSAMMENFASSUNG	59
VI. LITERATURVERZEICHNIS	61



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548314_0018

I. EINFÜHRUNG

1. Dokumentation in der Praxis: Pflichten und Möglichkeiten

Alle durch die Landesärztekammern erlassenen Berufsordnungen (BO) verpflichten den Arzt, Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen zu führen (2). In der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns z.B. ist in § 8 unter der Überschrift "Ärztliche Aufzeichnungen" folgendes festgelegt:

- (1) Ärztliche Aufzeichnungen sind Gedächtnisstützen des Arztes. Der Arzt hat über Befunde und Behandlungsmaßnahmen hinreichende Aufzeichnungen zu machen.
- (2) Ärztliche Aufzeichnungen sind mindestens 10 Jahre nach Abschluß der Behandlungen aufzubewahren. Eine längere Aufbewahrung ist dann erforderlich, wenn sie nach ärztlicher Erfahrung geboten ist.
- (3) Die Herausgabe von ärztlichen Aufzeichnungen, Krankenblättern, Sektionsbefunden, Röntgenaufnahmen und anderen Untersuchungsbefunden soll, auch wenn sie nach den Grundsätzen des § 2 (Anm.: Schweigepflicht) zulässig ist, in der Regel nur in Verbindung mit der Erstattung eines Berichtes oder Gutachtens erfolgen.
- (4) Der Arzt soll dafür Sorge tragen, daß seine ärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde nach Aufgabe der Praxis in gehörige Obhut gegeben werden.

Art und Umfang der vorgeschriebenen Aufzeichnungen sind in der Berufsordnung nicht festgelegt, es bleibt vielmehr jedem einzelnen Arzt überlassen, was er unter hinreichen-

den Aufzeichnungen verstehen will.

Der Spielraum reicht daher von der Minimalvariante, der ausschließlichen Dokumentation auf dem Krankenschein bis zu umfangreichen, mit klinischer Krankengeschichtsführung vergleichbaren Aufzeichnungen.

Die Dokumentation auf dem Krankenschein allein wird nach FRANK-SCHMIDT und GRAUL (10) in zahlreichen Praxen angewandt. Sie dürfte aber wohl nicht ausreichend sein, da der Krankenschein auf der Rückseite einer Leistungskarte entspricht, in die in erster Linie Ziffern der Gebührenordnung eingetragen werden. Darüberhinaus können lediglich unter der Überschrift "Bemerkungen" auch Befunde aufgeführt werden. Es kommt hinzu, daß der Krankenschein am Quartalsende abgegeben wird und somit mindestens eine Durchschrift erforderlich ist.

Die von jedem Arzt erlernte und geübte klinische Krankengeschichtsführung ist jedoch im allgemeinen in der Praxis des niedergelassenen Arztes auch nicht anwendbar. Die besonderen Verhältnisse der Klinik ermöglichen die sogenannte "große" Krankengeschichtsführung (18) mit der Aufnahme einer umfangreichen Anamnese, der laufenden Aufzeichnung zahlreicher Ergebnisse klinischer, technischer, chemischer und serologischer Untersuchungen, der meist geklärten exakten klinischen Diagnose, der Behandlungsmaßnahmen und deren Ergebnissen, sowie abschließender medizinisch-wissenschaftlicher Epikrisen.

Dieser "großen" Routine der Kliniken steht die "gezielte" Routine des gewissenhaften Allgemeinarztes gegenüber (8, 5). Schon die Aufnahme einer großen klinischen Anamnese ist ihm aus Zeitgründen nur in den seltensten Fällen möglich. Er muß sich daher meist mit einer "kleinen" Anamnese, mit der Beschränkung auf das gegenständlich geklagte Leiden zufriedengeben. PROSENC (18)

spricht in diesem Zusammenhang von der "gezielten" Anamnese, "...da der Kranke durch die spontanen Angaben über sein Leiden dem anamnestischen Bemühen des praktischen Arztes schon eine gewisse Richtung verleiht". Da aber die "gezielte" Anamnese eine Einschränkung der anamnestischen Erhebungen bedingt, muß sich der niedergelassene Arzt besonders kritisch um deren richtiges Maß bemühen.

2. Aufgaben und Ziele der Dokumentation in der Praxis

Es sind im wesentlichen zwei Aufgaben, welchen die Aufzeichnungen des niedergelassenen Arztes gerecht werden müssen:

1. Sie sind die Grundlage für die Abrechnung.
2. Sie sind die Gedächtnisstütze des Arztes und sollen ihm eine rasche Auskunft etwa auf folgende Fragen geben (11):

Was hatte der Patient früher für Beschwerden?

Was habe ich früher untersucht und welche Befunde habe ich erhoben? Welche Untersuchungen habe ich noch nicht ausgeführt, die evtl. in diesem Fall nötig wären? Habe ich eine Diagnose gestellt, oder wie habe ich das diagnostisch unklare Bild klassifiziert?

Was habe ich verordnet?

Habe ich mit anderen Ärzten, etwa Fachärzten, zusammengearbeitet, wie waren deren Befunde, Diagnosen, Therapie?

So gesehen können schriftliche Fixierungen auch zum kritischen Durchdenken der anamnestischen und diagnostischen Ergebnisse sowie der therapeutischen Maßnahmen anregen. Besonders präzise Angaben werden für spätere Gutachten oder Berichte benötigt.

Diese Bedeutung als Gedächtnisstütze für die Abrechnung, die Weiterbehandlung und das Gutachtenwesen haben die Aufzeichnungen bei allen Ärzten. Darüberhinaus ist die Dokumentation bei einigen Ärzten Grundlage für die statistisch-wissenschaftliche Bearbeitung von Problemen der Praxis.

Nach FRANZ (11) sind es zwei wesentliche Forderungen, die an die Aufzeichnungen zu stellen sind, die in ihrer Verwirklichung jedoch einander entgegengerichtet sind:

1. Sie sollen ausführlich sein und alles enthalten, was später einmal zu wissen wichtig sein kann.
2. Sie sollen übersichtlich sein, das heißt so angeordnet, daß man das Gesuchte möglichst auf einen Blick übersehen kann, und nichts unwesentliches enthalten, was einen späteren Überblick zeitaufwendig und mühsam macht.

Die Krankengeschichtsführung stellt für den niedergelassenen Arzt somit zweifellos ein Problem hinsichtlich Inhalt und Umfang dar. Wie sehr eine zu ausführliche Dokumentation die Übersichtlichkeit beeinträchtigen kann, schildert BRAUN (7) in seinem "Lehrbuch der Allgemeinpraxis" unter der vielsagenden Überschrift

"Der Alptraum" sehr eindrucksvoll:

"Als abschreckendes Beispiel steht mir heute noch die Karteiführung eines liebenswerten Kollegen vor Augen, mit dem ich vor dem eigenen Praxisbeginn mehrere Wochen hindurch zusammengearbeitet hatte: Bei jedem Patienten schlug er im zugehörigen Ordner die letzten Eintragungen auf und stenografierte oder schrieb die aktuellen Erhebungen, Angaben und Verordnungen fast wörtlich dazu. Im herkömmlichen Sinne dokumentierte er also ideal. Andererseits hatten sich im Laufe seiner 45-jährigen Praxistätigkeit schon derart viele Aufzeichnungen ergeben, daß eine Wand seines Sprechzimmers mit Ordnern völlig bedeckt war. Bei einzelnen Klienten zählte ich mehr als 50 Blätter. Von einer Übersicht war aber keine Rede. Dementsprechend verlief auch die Suche nach früheren Daten in den seltenen Fällen, in denen sie unternommen wurde, meistens ergebnislos."

3. Karteisysteme für die Allgemeinpraxis (17)

Beim Aufbau einer Kartei stehen zahlreiche Variationsmöglichkeiten zur Verfügung. Im wesentlichen betreffen sie die Karteiform, die Karteiblattsorte, das Ordnungsprinzip sowie die Signalisierungshilfen.

A) Übliche Karteiformen

Man unterscheidet:

a) Steilkarteien (= Standkarteien) mit Karteikarten gleicher Größe, entweder in Archivschachteln oder in Schüben.

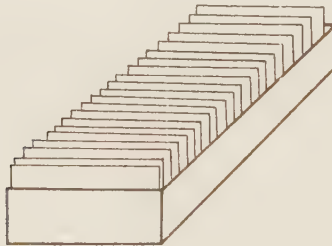


Abb. 1: Standkartei

b) Hängekarteien: Die Karteipapiere sind über zwei seitliche Schienen zu verschieben, die in einer Archivschachtel oder in einem Gestell montiert sind.



Abb. 2: Hängekartei

c) Pendelkarteien: Die Karteikarten befinden sich in Heftern oder Taschen, die an einer Leitschiene hängen. Für die Bearbeitung muß man die Hefter oder Taschen "ausklinken".



Abb. 3: Pendelkartei

d) Flachsichtkarteien: Die Karteipapiere liegen in eigenen Klarsichthüllen auf Spezialschubzügen schuppenartig übereinander, nur ein Rand mit Namen und Signalisierungszeichen ist sichtbar.

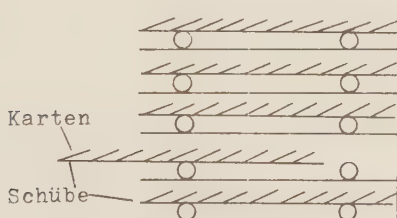


Abb. 4: Flachsichtkartei

B) Karteiblattsorten

a) Einfache Karteikarten

In Frage kommen die Größen Din A 4 (Briefbogensgröße), Din A 5 (halbe Briefbogensgröße) oder Din A 6 (Postkartengröße). Im Hinblick auf die Handlichkeit und den Platzbedarf hat sich die Größe Din A 5 für die Allgemeinpraxis am besten bewährt. Auf jeden Fall sollten diese Karten aus festem Karteikarton gefertigt sein, da sie sich sonst durchbiegen, knicken und zu leicht einreißen.

b) Faltkarten

Sie haben gegenüber der einfachen Karteikarte den großen Vorteil, daß andere Dokumente wie Facharztberichte, Krankenschein etc. aufgenommen werden können, ohne daß man zu heften oder zu klammern braucht. Ein Nachteil ist, daß sie nach Einlage mehrerer Dokumente sehr dick werden können.

Von den Faltkarten gibt es verschiedene Ausführungen:

- mit Überschlag an der unteren Längskante
- mit Überschlag an beiden Längskanten
- mit Überschlag an beiden Längskanten und zusätzlichem seitlichem Überschlag.



Abb. 5: Faltkarten

c) Schnellhefter

Sie sind am ehesten für Pendel- oder Hängekarteien geeignet. Üblicherweise werden sie in der Größe Din A 4 verwendet.

d) Karteittaschen

Sie nehmen die Karteikarte sowie sämtliche Zusatzdokumente auf. Eine Beschriftung der Karteittaschen läßt sich durch geschickte Fensterung der Vorderseite umgehen, wodurch direkt der Kopf der Karteikarte ablesbar wird.

Nachteile sind ein erhöhter Platzbedarf und mehrfach höhere Anschaffungskosten verglichen mit einer Steilkartei.

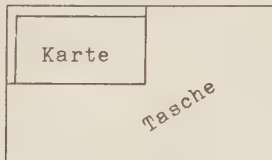


Abb. 6: Karteittasche

C) Ordnungsprinzipien

Die Ordnung der Kartei kann

- nach dem Alphabet
- nach einer Personenkennzahl oder
- nach dem Natussystem

erfolgen.

Personenkennzahlen können z.B. aus dem Geburtsdatum, verbunden mit Zahlen für die Anfangsbuchstaben des Namens sowie einer Kennziffer für das Geschlecht, gebildet werden.

Beim Natussystem wird primär nach dem Geburtsdatum geordnet.

D) Signalisierungshilfen

Zum schnellen Auffinden und Einordnen ist eine deutliche Unterteilung jeder Kartei erforderlich. Als Signalisierungshilfen können dienen:

- Leitkarten mit vorstehenden Leitbuchstaben
- Signalkarten

Dies sind Karten mit einer "Nase" oben oder seitlich in verschiedenen Farben, die außerdem noch mit bestimmten Zeichen markiert werden können. Auf diese Weise können z.B. fehlende Krankenscheine signalisiert werden.

- Randmarkierungen

Entlang der Oberkante der Karte ist das Alphabet aufgedruckt. Die Stellen, die den Anfangsbuchstaben des Namens entsprechen, werden mit Filzstift oder Gummistempel deutlich markiert.

- Randkerbungen

An der Oberkante der Karte werden mit einer Spezialzange an den Stellen Kerben gesetzt, die den Initialen des Patientennamens entsprechen.

Der Vorteil der Randmarkierungen und Randkerbungen besteht darin, daß eine gute optische Kontrolle der richtigen Einordnung möglich ist.

- T-K-Schieber (Termin-Kontrollschieber)

Dies sind spezielle Signalisierungshilfen für das Hängekarteisystem Reiger-Boos (patentiert).

T-K-Schieber sind farbige Markierungen am oberen Längsrand des Karteidokuments.

- Reiter

Sie können entweder als Zungen- oder als Fensterreiter auf die Karteikarten bzw. Karteitaschen aufgesteckt werden.

Ein von der Britischen Gesellschaft für Allgemeinpraxis

beauftragtes Komitee hat in einem Bericht über "colour tagging" (19) vorgeschlagen, die Karteikarten durch farbige Reiter auffällig zu kennzeichnen.

Empfohlen wurden:

rot	bei Arzneimittel-Allergien u.ä.
braun	bei Diabetes mellitus
gelb	bei Epilepsie
grün	bei Tuberkulose
blau	bei Bluthochdruck
weiß	bei Dauerbehandlungen (z.B. Vit. B 12, Digitalis etc.)
schwarz	bei Patienten, die Selbstmordversuche unternommen hatten.

Ein Nachteil aufgesteckter Reiter ist, daß sie sich leicht verschieben, verloren gehen oder bei längerem Gebrauch die Karteikarte beschädigen.

- Verschiedenfarbige Karteikarten

Ein Beispiel für die Anwendung farbiger Karteikarten wäre etwa die Benutzung roter Karten für weibliche und blauer für männliche Patienten. Auch die unterschiedliche Kassenzugehörigkeit kann durch verschiedenfarbige Karten gekennzeichnet werden. Letzteres hat allerdings den erheblichen Nachteil, daß bei einem Kassenwechsel die ganze Karte umgeschrieben werden muß.

4. Dokumentationshilfen für die Praxis

Stempelsätze (1)

In der Regel erfolgen die Eintragungen des Arztes auf der Karteikarte mit Handschrift und zwar praktisch immer stichwortartig. In nicht wenigen Fällen wird nur die Diagnose und der topographische Sitz der Erkrankung neben dem Datum notiert, z.B. "Ekzem re U-Arm".

Für diese Kurzform der Dokumentation kann ebensogut von Stempeln Gebrauch gemacht werden.

Stempel werden angeboten als:

a) anatomische Symbolstempel

z.B. liefert der Deutsche Ärzteverlag für solche Zwecke einen Satz von 19 Stempeln (System Döhrn, Abb. 7)

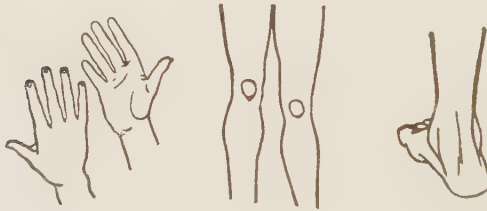


Abb. 7: Stempel Nr. 12, 15 und 17 des Systems Döhrn

b) Labordatenstempel

c) sogenannte "Strichmännchen"

Wie damit schnell dokumentiert werden kann, zeigt die folgende Abbildung. (In diesem Fall handle es sich um eine vereiterte Wunde an der linken Zehe I, eine begleitende Lymphadenitis der linken Beinvenen und eine Schwellung in der linken Leistenbeuge)

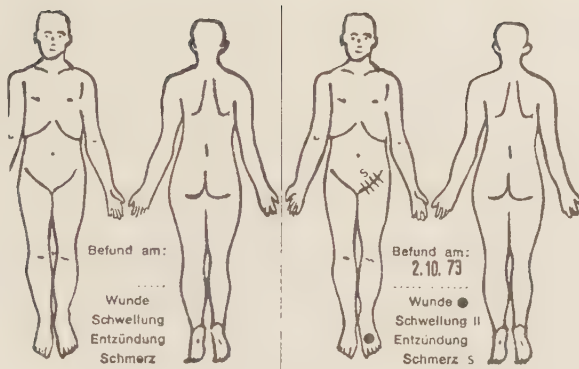


Abb. 8: Schnelldokumentation einer vereiterten Wunde am Fußrücken mit sekundärer Lymphadenitis (System Gärtner)

Ideogramme (1)

Ideogramme oder Pictogramme sind Begriffszeichen für bestimmte Worte. Die Bilderschriften (z.B. ägyptisch oder chinesisch) verwenden solche Ideogramme anstelle einer phonetischen Schrift.

SCHOLER (20) hat vorgeschlagen, solche Symbole für Karteieintragungen des niedergelassenen Arztes zu benutzen. SZAKOLYI (21) hat eine Reihe von "Zeichen" für die Dokumentation angegeben, KNABE (14) hat diese Vorschläge übernommen.

Sobald man sich an diese Art der Dokumentation gewöhnt hat, wird durch sie Zeit und Platz auf den Karteikarten gespart, die darüberhinaus übersichtlicher werden und z.B. von einem Praxisvertreter leichter zu entziffern sind. Außerdem wird so das Gespräch mit dem Patienten viel weniger gestört, als wenn zeitraubend ein Klartext geschrieben wird.

Einige Beispiele für Ideogramme sind in Abbildung 8 dargestellt.

⊥ für Stenose	⊥ für Erweiterung
⊥ für Verschuß	⊥ für Geräusche
⊥ für Ruptur	⊥ für Entzündung
⊥ = Schwindel	⊥ = Appetitlosigkeit
⊥ = Müdigkeit	⊥ = Brechreiz
⊥ = Kurzatmigkeit	⊥ = Erbrechen
⊥ = Gewichtsabnahme	⊥ = Obstipation
⊥ = Gewichtszunahme	⊥ = Durchfall
⊥ = Auswurf	⊥ = blutiger Durchfall
⊥ = blutiger Auswurf	⊥ = Nykturie
⊥ = Husten	⊥ = Herzstechen
⊥ = iv-Injektion	⊥ = Lichtkasten
⊥ = im-Injektion	⊥ = Glissonschnelle
⊥ = Höhensonne	⊥ = Inhalation
⊥ = Infrarotbestrahlung	⊥ = Elektromassage
⊥ = Kurzweile	⊥ = Röntgen veranlaßt

Abb. 8: Ideogramme (aus Lit. 1)

Ein Beispiel für die Anwendung:

Der Klartext für eine anamnestiche Erhebung soll lauten:

"In einem Jahr 8 kg Gewichtsverlust, jetzt appetitlos, leicht ermüdbar, kurzatmig, Nykturie, Husten mit Auswurf, seit 4 Wochen Obstipation".

In Pictogrammschrift:

In 12 Mon. 8 kg ⊥; ⊥; ⊥; ⊥; ⊥; seit 4 Wochen ⊥

Anamnesefragebogen II

1) Haben Sie Schmerzen?	nein	ja
im Kopf	nein	ja
im Rücken	nein	ja
in den Gelenken	nein	ja
in der Brust oder in der Herzgegend	nein	ja
im Bauch	nein	ja
in den Waden	nein	ja
2) Haben Sie an Gewicht zu- oder abgenommen?	nein	ja
3) Fühlen Sie sich schlapp und müde?	nein	ja
4) Hat Ihr Appetit nachgelassen?	nein	ja
5) Können Sie bestimmte Speisen schlecht vertragen? Evtl. welche?	nein	ja
6) Neigen Sie zu Stuhlverstopfung oder Durchfall?	nein	ja
7) Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt oder ist Ihr Stuhl schwarz gefärbt gewesen?	nein	ja
8) Haben Sie viel Durst?	nein	ja
9) Haben Sie Schwindelzustände?	nein	ja
10) Sind Sie kurzatmig?	nein	ja
11) Haben Sie geschwollene Unterschenkel oder Füße?	nein	ja
12) Müssen Sie nachts zum Wasserlassen aufstehen und evtl. wie oft?	nein	ja
13) Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen?	nein	ja
14) Haben Sie Husten und Auswurf?	nein	ja
Ist der Auswurf blutig?	nein	ja
15) Haben Sie irgendwo Anschwellungen bemerkt?	nein	ja
16) Glauben Sie, daß Sie nervös sind?	nein	ja
17) Sind Sie oft niedergeschlagen und müssen viel grübeln?	nein	ja
18) Rauchen Sie?	nein	ja
Was und wieviel täglich:		
19) Trinken Sie täglich Bier oder andere alkoholhaltige Getränke?	nein	ja
Was und wieviel?		
20) Nehmen Sie häufig Medikamente ein?	nein	ja
Welche und wieviel?		
21) Bei weiblichen Personen: Haben Sie unregelmäßige oder starke Blutungen?	nein	ja
22) Erhalten Sie Hormonpräparate oder nehmen Sie die Pille zur Schwangerschaftsverhütung ein?	nein	ja

Abb. 9: Anamnesefragebögen nach HAMM (13)

Eine andere Form der Anamnesedokumentation besteht in der Verwendung von Anamnesebögen, die nicht für die Ausgabe an Patienten gedacht sind, sondern dem Arzt bei der Erhebung der Anamnese als Leitschema und Gedächtnisstütze dienen sollen.

Untersuchungsbögen gestatten dem Arzt, erhobene Befunde ohne großen Aufwand festzuhalten und gewährleisten gleichzeitig, daß nichts wesentliches übersehen wird. Ein von HAMM (13) angegebenes Beispiel für einen solchen Untersuchungsbogen zeigt Abbildung 10.

Untersuchungsbögen sowie Anamnesebögen zur Ausfüllung durch den Arzt sind auch vom Arbeitskreis Praktische Medizin der Deutschen Gesellschaft für medizinische Dokumentation und Statistik ausgearbeitet worden und können vom CEDIP-Verlag München, bezogen werden. (Beispiele s.S. 43, 44 Abb. 16, 17)

Abb. 10, S. 18: Untersuchungsbogen nach HAMM

Untersuchungsbogen

Name:		Alter:	
Vorname:		Beruf:	
Metrische Angaben	Größe: cm	Gewicht: kg	
Halsumfang: cm	Brustumfang: ... cm	Bauchumfang: ... cm	
Gesamteindruck:			
Haut:	Lymphdrüsen:	Sinnesorgane:	
Bewegungsapparat	(Beweglichkeit, evtl. Bewegungsbehinderung, Gelenkschwellungen, Deformierungen usw.)		
Wirbelsäule:	Schultergürtel:		
obere Gliedmaßen:	untere Gliedmaßen:		
Beckengürtel und Hüftgelenk:			
Hals und Mundhöhle:			
Thoraxorgane	Thoraxform:	Atemexkursionen:	
	Mammae:		
Lungen	perkutorisch:	Lungengrenzen:	
	auskultatorisch:		
Herz	perkutorisch (Grenzen):	Spitzenstoß:	
	auskultatorisch (Töne, Aktion):		
Puls	 im Sitzen	... nach 10 Kniebeuge	
RR	 im Sitzen	... nach 10 Kniebeuge	
	Zyanose:		
	Dyspnoe:		
	Oedeme:		
Bauchorgane	Leber:	Milz:	Nierenlager:
Druckschmerz:			
pathologische Resistenzen:			
Bruchpforten:			
Äußeres Genitale:	rektal:		
Nervensystem:			
Psyche:			
Harn:	E:	Z:	Ubg.: Sediment:
BSG:			
Auffällige Befunde:			
Kurze Beurteilung:			
Weitere Untersuchungen erforderlich oder zu empfehlen:			

Diagnostische Programme nach BRAUN (3)

Der niedergelassene Arzt entwickelt bei häufig wiederkehrenden Beratungsursachen im Lauf der Zeit unbewußt ein routinemäßiges Vorgehen. Bei selteneren Fragestellungen oder unspezifischer Symptomatik kommen solche Routinen jedoch nicht zustande, und er ist mehr oder weniger auf seine Intuition angewiesen.

Um diesem Problem zu begegnen, entwickelte BRAUN auf der Grundlage seiner eigenen Praxiserfahrungen die "Diagnostischen Programme" als spezifische Handlungsanweisungen für den Allgemeinarzt.

Insgesamt arbeitete er 87 solche Schemata für die verschiedensten Symptomkreise aus, u.a. einen Standard für den mit uncharakteristischem Fieber leicht erkrankten Patienten, ein Programm bei häufig sich wiederholenden bzw. lange dauernden Symptomen seitens des Respirationstrakts, einen Untersuchungsgang bei Schulterschmerzen, eine Handlungsanweisung bei uncharakteristischen Arthropathien, eine andere bei Angaben über anfallsweises Herzjagen und schließlich eine diagnostische Tafel angesichts vielfältiger völlig uncharakteristischer Beschwerden.

Diese Vordrucke sollen aber nicht nur Hilfestellungen für die Diagnostik leisten, sondern können gleichzeitig auch zur Dokumentation des jeweiligen Vorgehens benutzt werden.

In Abbildung 11 und 12 sind zwei Beispiele dargestellt.

Handlungsanweisung 3. Standard für den mit uncharakteristischem Fieber anscheinend leicht erkrankten Patienten (*R. N. Braun et al., Med. Welt 15, 1964, 1320*).

Erster Eindruck:	schwerkrank	.....
Subjektiv:	Beratungsursache	.....
	vermutete Krankheitsursache	.....
	Furcht vor	.....
	subjektive Klassifizierung	.....
	sonst noch	.....
	Bettruhe seit	.....
	Fieberhöhe und Dauer	  39
	Mattigkeit	 38
	Appetitlosigkeit	 37
	Schlafstörung	.....
	Frösteln, Schweiß,	.....
	Ausschlag	.....
	andere Allgemeinersch.	.....
	Schnupfen, anfangs niesen	.....
	Husten	.....
	Halsschmerz	.....
	Kopf-, Ohr-, Stamm-,	.....
	Glieder-	.....
	sonstige Schmerzen	.....
	Erbrechen	.....
	Durchfall	.....
	Pollakisurie	.....
	menstruelle Anomalien	.....
	sonstiges	.....
	Eigentherapie	.....
Objektiv:	Inspektion Oberkörper	.....
	Nasensekretion	.....
	Kopfbeugung frei	.....
	Halsdrüsen	.....
	Mund, Rachen	.....
	Otoskopie (Kleinkind)	.....
	Lungenperkussion	.....
	Basenverschieblichkeit	.....
	Auskultation	.....
	Herzitus	.....
	Auskultation	.....
	Abdomen palpatorisch	.....
	Nieren klopfempfindlich	.....
	sonst auffällig	.....
Klassifizierung:	.....	.....
Therapie:	.....	.....

Abb. 11: Fieberstandard nach BRAUN (3)

Abb. 12, S.21: Tabula diagnostica nach BRAUN (3)

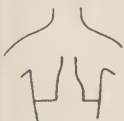
Handlungsanweisung 66 für vielfältige uncharakteristische Beschwerden - Tabula diagnostica (R. N. Braun, Munch. med. Wschr. 102, 1960 1782).

Name	Geb.	Adresse	Beruf	Nummer	Beschwerden	Ärztliche Klassifizierung(en) (Diagnosen)
					Erster Eindruck	
					Vermutete Ursache	
					Angste, Befürchtungen	
					Sonst noch	

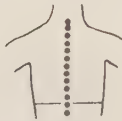
Symptomatologie	Anamnestisch										und ab Datum des Behandlungsbeginns				
	Jahre					Monate		Tage							
	~	10	5	3	2	1	6	3	2	1	14	7	2		
Febris, (Schüttelfrost*)															
Tussis, Hamoptoe															
Rhinitis, Epistaxis															
Dysphagie															
Durst, Hyperhidrosis															
Algien, Parästhesien															
Verrigo, Vomitus, Übelkeit															
Dyspnoe, Ödeme, Tachykardie															
Diarrhoe, Obstipation															
Potikisurie, Oligurie															
Blasse, Ikterus, Exanthem															
Agrypnie															
Mattigkeit, Leistungsabfall															
Anorexie, Abmagerung															
psych. u. andere Traumata, pyog. Inf.															
Anfälle, Krämpfe, Lähmungen															
Menses, Gravidität, Blutungen															
Rettruhe															
frühere Attacken															
Therapie, Arzneiallergien															

Befunde
(n. a. — nichts aufgefallen)

kachektisch		Puls
schwer krank	n. a.	RR
Trigeminus	n. a.	
Konjunktiven	n. a.	
Pupillen	n. a.	
Mundhöhle	n. a.	
Rachen	n. a.	
Kernig	n. a.	
Ohren	n. a.	
Lymphdrüsen	n. a.	Alb.
Schilddrüse	n. a.	Sacch.
Haut	n. a.	Sed.
PSR, ASR	n. a.	BSG.
Babinski	neg.	Hgb.
Romberg	neg.	
Sonstiges		



Thorax n. a.



Abdomen n. a.



Gyn. n. a.



Rekt. n. a.

	Temp	Axill./Rekt. ●	Puls
40			160
39			140
38			120
37			110
36			80
Therapie			
und			
Diagnostik			
Wahlweise			

5. Vorschläge aus der Literatur zur zweckmäßigen
Führung der Patientenkartei.

a) Die Dreiteilung der Karteikarte

Von FRANZ (11) stammt ein Vorschlag zur übersichtlichen Gestaltung der Karteikarte durch Aufteilung in drei nebeneinanderstehende Rubriken. Die linke Kolonne enthält die Beschwerden sowie die Angaben des Patienten oder der Eltern zur Vorgeschichte und zum Verlauf. In die mittlere Spalte werden die Befunde eingetragen, die zu Beginn und im Verlauf der Behandlung erhoben wurden. Die rechte Kolonne enthält schließlich Aufzeichnungen über Therapie und Verordnungen. In allen drei Rubriken werden die Angaben, die für die Abrechnung benötigt werden, durch Unterstreichungen gekennzeichnet. Ein Beispiel einer solchen Karteikarte ist in Abbildung 13 dargestellt.

Baum Gisela 15.12.60 Name Vorname geb		MFR AKKLKKBKKIKKVAKAEVKRIPP- BOMF											
Baum Walter 3.8.37 Versicherter Vorname geb		K-Dorf, Herbstweg 18 Wohnung keine											
		<table border="1" style="width: 100%; font-size: x-small;"> <tr> <th>unfall</th> <th>unfall</th> </tr> <tr> <td>II/62</td> <td></td> </tr> <tr> <td>III/62</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		unfall	unfall	II/62		III/62					
unfall	unfall												
II/62													
III/62													

Datum	Angaben	Befunde	Verordnungen
5.6.62	1 Tag Durchfall, 2 Tage Erbr.!! (viel, oft) 38,5	AZ gut, etwas dick Cor, Lu o.B. Leib wohl o.B., weich Bd. Trf. rot (+), re > li Dru. Ohren ø Schnupfen Tons. kaum rot <u>19</u>	Ben-Uron-Kindersupp. Megaphen-Tr. 3 x tgl. 2 Tr. Otriven Nas.-Tr.f.K. Tee-Schleim-Diät
6.6.62	Erbr. 38,1 früh heute etw.grünl. Durchfall	Trf. re rot ((+)) li o.B. 36,6 rect Munter	Diät vorsichtig er- weit. (besproch.) Megaph. noch 1 Tg.
8.9.62	Vor 1/4 Std. auf spitzen Stein gefallen nicht erbrochen	Kirschgr. Hämatom Stirn re + Läuft munter herum, keine Schmerzäußerung Pu 104	beruhigt 32a feucht.Druck- verband Contraneural-Kinder- Supp. (geg.)

Abb.13: Beispiel einer Karteikarte mit Dreiteilung (modif.
nach Lit. 11)

Die Dreiteilung der Karteikarte bewährt sich besonders beim Suchen nach früheren Befunden und Verordnungen. Ein Großteil der Rückfragen bezieht sich ja auf früher verschriebene Medikamente. Die mittlere Spalte erlaubt, mit einem Blick die erhobenen Befunde und deren Veränderung zu kontrollieren, was den Arzt nicht zuletzt auch davor bewahrt, seine Therapie nur auf anamnestischen Angaben aufzubauen.

Die linke Anamnesespalte bietet schließlich auch die Möglichkeit, die multiplen, körperlich nicht begründbaren Beschwerden zu notieren, die bei der Sprechstundenberatung von Neurotikern vorgebracht werden.

b) Einlegeblatt zur amnestischen Übersicht

BRAUN (7) wendet ebenfalls die oben beschriebene Dreiteilung der Karteikarte an. Darüberhinaus hat er eine Methode entwickelt, die es ihm ermöglicht, auch bei langjährig betreuten Patienten, trotz einer Vielzahl von erhobenen Befunden und Therapiemaßnahmen, die Übersicht nicht zu verlieren.

Dazu verwendet er ein Einlegeblatt, das in 12 Klassifizierungsgruppen gegliedert ist. In dieses Blatt werden nach rigoroser Auslese lediglich die allerwichtigsten Daten aus den vollen Karteikarten übernommen (Abb. 14). Bei der laufenden Führung der dreigeteilten Karteikarte wird diese spätere Übertragung durch Unterstreichung oder Bleistiftumrandung der wesentlichen Angaben bereits vorbereitet.

Urer, Marie 1914

1. Luftwegekatarrhe	
2. Myalgien, Neuralgien, Arthropathien	Kreuzschmerzen
3. Pyogene Infektionen der Haut	
4. Verletzungen, sonstige Unfallsfolgen	
5. ABuE in der Thoraxregion	
6. ABuE in der abdominellen Region	1961 Duodenalulkus, 1965 Appendektomie
7. ABuE der Haut und ihrer Anhangsgebilde	
8. ABuE im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich	
9. ABuE im urogenitalen Bereich	1965 Wertheim wegen Portiokarzinom
10. ABuE in der Augenregion	
11. ABuE seitens der Psyche und der Nerven	1962 "Herzneurose"
12. Sonstige Erkrankungen und Beschwerden	Zephalgie (Antineuralgika-Abusus)
(ABuE=Andere Beschwerden und Erkrankungen)	

Abb. 14: Einlegeblatt zur amnestischen Übersicht
nach BRAUN (7)

6. Probleme der Nomenklatur

Auf Schwierigkeiten bei der Anwendung der klinischen Nomenklatur in der Allgemeinpraxis wird von verschiedenen Autoren hingewiesen (18, 11, 7, 4, 6). Bereits Erwin LIEK (15) hat 1934 in seinem Buch "Der Arzt und seine Sendung" dieses Dilemma geschildert:

"Nun kam es ganz anders als ich erwartete! ... und was kam, sah ganz anders aus als die sauberen Fälle der Klinik. Nichts von Tuberkulose, nichts von Typhus, nichts von vitium cordis, sondern - ein altes Weiblein mit Kreuzschmerzen, eine zweite mit Magenbeschwerden, der dritten tat alles weh. Trotz aller Anstrengungen gelang es mir nicht, an Stelle dieser verschwommenen Beschwerden die exakte klinische Diagnose zu setzen ... Ähnlich ging es mir bei Besuchen. Ich merkte den gewaltigen Unterschied zwischen der Arbeit des Klinikers und der des praktischen Arztes."

Ein besonders häufiges Hindernis für die diagnostische Tätigkeit des Allgemeinarztes stellen nicht klärbare, meist kurzdauernde Zustands- und Verlaufsbilder dar, die mit den Mitteln der Praxis nicht exakt klassifiziert werden können.

PROSENC (18) schildert als Beispiel den Fall eines seit zwei Tagen fiebernden, schmerzhaft hustenden Kranken ohne irgendwelche charakteristischen Beschwerden oder Zeichen, bei dem fünf verschiedene Allgemeinärzte bei vollem Einsatz der ihnen jeweils zur Verfügung stehenden diagnostischen Mittel und voller kritischer Überlegung dennoch zu fünf nomenklatorisch verschiedenen Resultaten kommen könnten:

Von "Virusinfektion" über "fieberhafte Erkältung", "Bronchitis", "beginnender Lobulärpneumonie" bis zum "Verdacht auf frischen spezifischen Lungenprozess".

Da die exakte diagnostische Klärung - nämlich der Nachweis der Krankheitsursache - wegen der zu kurzen Dauer der Gesundheitsstörung nicht mehr durchführbar gewesen sei, für solche diagnostisch unklaren Fälle aber keine den Tatsachen gerecht werdenden begrifflich verbindlich definierten Namen existierten, sei es möglich, daß fünf Allgemeinärzte zu fünf verschiedenen "Diagnosen" kämen, obwohl sie alle das gleiche unklare Zustandsbild als Grundlage hätten.

Solche Situationen lassen den niedergelassenen Arzt allmählich das häufige Ungenügen der klinischen Nomenklatur für seine ärztliche Tätigkeit erkennen. Er hat letztlich nur die Wahl, die gelernte klinische Nomenklatur dennoch weiter zu verwenden und den Zwiespalt bewußt oder unbewußt beiseite zu schieben oder andere, den Tatsachen besser entsprechende, neuartige diagnost. Klassifizierungsbegriffe zu benützen.

BRAUN (4, 6) hat als Ausweg aus den geschilderten Schwierigkeiten empfohlen, dem exakten Diagnosenbegriff der klinischen Nomenklatur das Wort "Zustands- bzw. Verlaufsbild" als Ausdruck der vorhandenen diagnostischen Unsicherheit beizufügen. Damit kann dann z.B. ein "typhöses, grippöses, pneumonisches Zustandsbild" klassifiziert werden.

II. ZU DIESER ARBEIT

1. Material und Methode

Um einen Einblick in die Dokumentationsgewohnheiten in der Allgemeinpraxis zu gewinnen, wurden im Zeitraum von Dezember 1977 bis April 1978 30 niedergelassene Allgemeinärzte befragt.

Als Auswahlkriterium galt, daß die betreffenden Ärzte seit mindestens drei Jahren eine Praxis führten und andererseits nicht älter als 65 Jahre waren. Die Größe der Praxis spielte keine Rolle.

Um einen möglichst repräsentativen Überblick zu erhalten, wurden Praxen in der Großstadt, in der Kleinstadt sowie auf dem Land berücksichtigt. Im einzelnen waren es 13 Großstadtpraxen (einschließlich Stadtrandgebiet), 10 Praxen in Kleinstädten und 7 ausgesprochene Landpraxen.

In 5 Fällen handelte es sich um eine Gemeinschaftspraxis.

Insgesamt wurde bei 41 Allgemeinärzten unter kurzer Schilderung des Anliegens telefonisch um einen Gesprächstermin gebeten. 11 Ärzte lehnten eine Unterredung ab. Als Grund wurde hauptsächlich Arbeitsüberlastung angeführt. Jedoch dürften auch Mißtrauen bzw. Abwehr, sich "in die Karten schauen" zu lassen, eine gewisse Rolle gespielt haben, was auch BRAUN und SCHOTT (9) bei ähnlichen Untersuchungen feststellten.

Als Methode wurde das persönliche Interview anhand eines Fragebogens gewählt. Gegenüber einer schriftlichen Befragung hatte das den Vorteil, daß Unklarheiten bei der Beantwortung vermieden werden konnten.

Der Fragebogen war in fünf Abschnitte gegliedert, von denen der erste allgemeine Fragen zur Praxis enthielt.

Der zweite befaßte sich mit der Karteiform, der dritte mit den Eintragungen, der vierte mit der Fortführung voller Karten und deren Aufbewahrung. Im fünften Punkt wurde nach zusätzlichen Dokumentationsmethoden außerhalb der Kartei gefragt, im sechsten kamen die persönlichen Erfahrungen des jeweiligen Arztes zur Sprache.

Fragebogen:

1) Allgemeine Fragen zur Praxis

Lage der Praxis (Stadt, Land?)

Größe der Praxis:

Zahl der Scheine?

Sprechstunde:

Wie oft wöchentlich?

Wieviele Stunden pro Tag?

Zusätzlicher Zeitaufwand für Hausbesuche?

Krankenhaustätigkeit, Belegbetten?

Wie lange führt der betreffende Arzt eine Praxis?

2) Fragen zur Kartei

Karteiform: Steilkartei (Standkartei)

Hängekartei

Pendelkartei

Flachsichtkartei

Gründe und Vorteile?

Karteiblattsorte: einfache Karteikarte (Din A 4, 5, 6?)

Faltkarte (Klappkarte)

Hefter

Karteitaschen

Gründe und Vorteile?

Ordnung der Karteikarten nach welchen Gesichtspunkten?

Alphabet

Personenkennzahl

Geburtsdatum

Signalisierungshilfen?

Leitkarten mit aufgesetzten Leitbuchstaben

Randmarkierungen, Randkerbungen

T-K-Schieber (Hängekarteisystem Reiger-Boos)

Markierungsfolien

Reiter

Verschiedenfarbige Karten

Signalkarten

3) Eintragungen auf der Karteikarte

Kopf: Adremafolien?

Rena-Adressette?

Schreibmaschine?

Handschrift?

Werden Eintragungen selbst vorgenommen oder durch
Arzthelferin? (Warum?)

Sofort oder später? (Vorteile?)

Werden die Karten zu Hausbesuchen mitgenommen? (Gründe?)

Eintragungen grundsätzlich bei jedem Besuch?

Was wird eingetragen?

Angaben des Patienten?

Erhobene Befunde?

Auch negative oder normale Befunde?

Subjektive Eindrücke?

Diagnosen?

Therapie?

Genügen die üblichen Diagnosebegriffe - klinische
Nomenklatur - um ohne Unbehagen zu dokumentieren?

In welchem Umfang wird dokumentiert?

Ganze Sätze?
Stichworte?
Kurzschrift?
Symbole?
Abkürzungen?
Ziffern der Gebührenordnung?
Stempel?
Zeichnungen?
Verwendung von Farbstiften?
Unterstreichungen?

Räumliche Anordnung der Aufzeichnungen?

(z.B. Dreiteilung der Karteikarte)

4) Hauptkartei - Aktivkartei - Altkartei

Bleiben die vollen Karten in der Kartei oder werden sie gesondert aufbewahrt?

Werden Daten aus der alten Karte auf die neue übertragen?
Welche?

Besteht eine Altkartei?

Wie lange werden die Karten in der Altkartei aufbewahrt?

Unterteilung in "Haupt-" und "Aktivkartei" (= im jeweiligen Quartal in Behandlung befindliche Patienten)?

5) Dokumentation außerhalb der Kartei

a) Aufbewahrung zusätzlicher Dokumente?

(z.B. in der Karteitasche, in nummerierten Taschen,
in Ordnern, in gesonderter Kartei)

Röntgenbilder:

EKG's:

Facharzt- oder Klinikbefunde:

Gutachten:

Krankschreibungen:

- b) Werden Sonderkarteien geführt?
(z.B. für Patienten, die regelmäßig Injektionen,
Bestrahlungen etc. bekommen)
Gesonderte Aufzeichnungen für wissenschaftl. Zwecke?
- c) Führung von: Laborbuch?
Bestrahlungsbuch?
Röntgenbuch?
EKG-Buch?
- d) Verwendung von Kontrollblättern bei Hypertonikern?
- e) Verwendung von Anamnesebogen?
Verwendung von Untersuchungsbogen?
Erfahrungen?
- f) Ausgabe von Fragebogen zur Anamneseerhebung an
Patienten?
Gründe und Erfahrungen?
- g) Verwenden Sie in Ihrer Praxis ein Dokumentations-
system, das bisher nicht angesprochen wurde?

6) Persönliche Erfahrungen

Wie kamen Sie zu dem jetzt angewandten Dokumentations-
system?

- mit Hilfe von Büchern?
- von anderen empfohlen?
- selbst entwickelt?

Wie sind Sie damit zufrieden?

Haben Sie es schon einmal geändert?

Welche Änderungen?

Was scheint Ihnen verbesserungsfähig?

2. Ergebnisse

1) Allgemeine Fragen zur Praxis

Als leicht erfaßbares Kriterium für die Größe einer Praxis wurde die Anzahl der Kassenscheine gewertet. Diese streute zwischen 400 und 2000 Scheinen, bei Gemeinschaftspraxen zwischen 750 und 2500. Eine genauere Aufschlüsselung zeigt die folgende Tabelle:

Tab. 1: Zahl der Kassenscheine in den besuchten Praxen

Scheinzahl	Anzahl der Praxen
< 500	4
500 - 1000	9
1000 - 1500	9
1500 - 2000	6
> 2000	2

Von den befragten 30 Ärzten ordinierten drei an vier, 26 an fünf und einer an sechs Tagen pro Woche. Zehn Ärzte arbeiteten bis zu sechs Stunden pro Tag in der Sprechstunde, 14 zwischen sechs und neun, sechs über neun Stunden.

Die zusätzlich für Hausbesuche aufgewendete Zeit betrug zwischen einer und fünf Stunden täglich, im Durchschnitt zwei Stunden und zehn Minuten.

Zwei Landärzte hatten neben ihrer Praxistätigkeit 20 bzw. 30 Belegbetten in einem kleinen Krankenhaus zu betreuen. Fünf der Befragten übernahmen zusätzlich betriebsärztliche Aufgaben, ein Arzt war nebenbei als Berufsschullehrer für Arzthelferinnen tätig.

Die Frage nach der Praxisdauer erbrachte die in Tabelle 2 dargestellte Verteilung.

Tab. 2: Dauer der Praxistätigkeit der befragten Ärzte

Dauer der Praxistätigkeit	Anzahl der Ärzte
3 - 5 Jahre	3
5 - 10 Jahre	9
10 - 15 Jahre	4
15 - 20 Jahre	3
20 - 25 Jahre	4
25 - 30 Jahre	4
> 30 Jahre	3

2) Fragen zur Kartei

Was die Karteiform betrifft, so wurde von 29 der befragten Ärzte eine Standkartei verwendet, einer hatte eine Hängekartei.

Die meistverwendete Karteiblattsorte war die Faltkarte, in 21 Fällen. Eine einfache Karteikarte Din A 5 wurde von vier Ärzten benutzt, während fünf Ärzte Kartetaschen mit eingelegten Karten bevorzugten.

Alle befragten Ärzte ordneten die Karten in alphabetischer Reihenfolge.

Tab. 3: Signalisierungshilfen

	Häufigkeit
Leitkarten mit aufgesetzten Leitbuchstaben	27
Randmarkierungen	15
Randkerbungen	-
T-K-Schieber (Hängekarteisystem Reiger-Boos)	-
Markierungsfolien	2
Reiter	11
Signalkarten	6
verschiedenfarbige Karten	17

Randmarkierungen wurden von elf Ärzten zur Kennzeichnung der Anfangsbuchstaben des Patientennamens, von vier zur Unterscheidung der Kassenzugehörigkeit benutzt. Reiter wurden in allen elf Fällen als Zeichen für einen fehlenden Krankenschein aufgesteckt. Den gleichen Zweck erfüllten in fünf Praxen Signalkarten; ein Arzt verwendete sie zur Hervorhebung von Allergien. Verschiedenfarbige Karten wurden von zehn Ärzten den verschiedenen Kassen zugeordnet, drei Ärzte trennten dadurch lediglich Privat- und Kassenpatienten, während vier für Männer und Frauen jeweils andersfarbige Karten verwendeten.

3) Eintragungen auf der Karteikarte

Tab. 4: Eintragungen auf der Karteikarte

	Anzahl der Ärzte
Kopf: Adremafolien	14
Rena-Adressette	6
Handschrift	9
Schreibmaschine	1
Eintragungen nur durch Arzt	13
Eintragungen durch Arzt und Helferin	17
Sofortige Eintragung	30
Mitnahme der Karten bei Hausbesuchen	10
Eintragungen bei jedem Besuch	25
Was wird eingetragen?	
Angaben des Patienten	27
Erhobene Befunde	30
Auch Normalbefunde	24
Diagnosen	28
Therapie	30
Subjektive Eindrücke	23
Form der Niederschrift:	
Stichworte	28
Kurzschrift	4
Symbole	16
Abkürzungen	24
Gebührenordnungsziffern	13
Stempel	15
Zeichnungen	14
Farbstifte	25
Unterstreichungen	24
Räumliche Anordnung der Aufzeichnungen	7

Erläuterungen zu Tabelle 4:

In siebzehn Praxen wurden Eintragungen auf der Karteikarte sowohl vom Arzt als auch von der Helferin vorgenommen. Die Eintragungen durch die Helferin bezogen sich i.a. auf Laborwerte, Verbandwechsel, Bestrahlungen und ähnliches. Alle befragten Ärzte legten Wert auf eine sofortige Eintragung.

Die Mitnahme der Karten zu Hausbesuchen bevorzugten zehn Ärzte. Von den übrigen 20 führte die Hälfte ein gesondertes Hausbesuchsbuch.

Fünf Ärzte gaben an, nicht grundsätzlich bei jedem Besuch eines Patienten eine Eintragung auf der Karteikarte vorzunehmen; drei davon legten jedoch eine Durchschrift des Krankenscheins (auf dem ja zumindest Datum und Ziffern der Gebührenordnung festgehalten werden) zur Karteikarte.

Der Dokumentationsstil war durchwegs knapp, wobei Stichworte, Symbole und Abkürzungen im Vordergrund standen. Neun Ärzte verwendeten Stempel für Laborbefunde, Datumsstempel wurden von sechs Ärzten benutzt.

Während 23 Ärzte ihre Aufzeichnungen fortlaufend niederschrieben, bevorzugten sieben zur besseren Übersicht eine Unterteilung der Karteikarte in drei bzw. vier Rubriken. Näheres zeigt die folgende Tabelle.

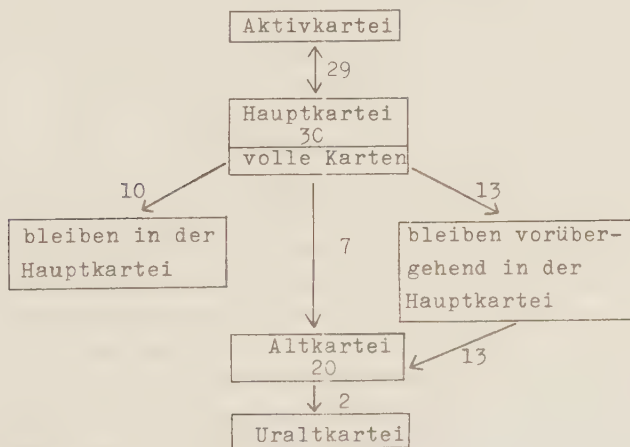
Tab. 5: Räumliche Einteilung der Karteikarten bei sieben Ärzten

Datum	Ziffer d. GO	Befunde	Therapie
Datum	Ziffer d. GO	Angaben des Pat. + Befunde	Therapie
Datum	Ziffer d. GO	Befunde	Therapie + Bemerkungen
Datum	RR	Befunde	Therapie
Datum	RR + Gewicht	Sonstiges	Diagnose
Datum	Befunde		Therapie
Datum	Befunde		Therapie

GO = Gebührenordnung

Auf die Frage, ob die klinische Nomenklatur ihrer Meinung nach den Anforderungen der Allgemeinpraxis gerecht werde, antworteten 14 Ärzte mit ja; sechs hielten sie mit gewissen Einschränkungen für geeignet und zehn antworteten mit nein. Bei zwei der letzteren ging das Unbehagen soweit, daß sie es gänzlich vermieden, klinische Diagnosen auf den Karteikarten einzutragen.

4) Hauptkartei - Aktivkartei - Altkartei



Mit zunehmender Praxisdauer sammeln sich immer mehr vollgeschriebene Karteikarten an, und der Arzt sieht sich vor die Frage gestellt, ob er diese gesondert in einer Altkartei aufbewahren oder einen ständig wachsenden Umfang seiner Kartei in Kauf nehmen will.

Zehn der befragten Ärzte beließen die vollen Karten in der Hauptkartei, wobei drei Ärzte alte und neue Karten

zur besseren Übersicht zusammenhefteten und fünf Ärzte Einlegeblätter benutzten. Allerdings hatten vier von diesen zehn die Anlage einer Altkartei geplant, jedoch noch nicht durchgeführt, da sich aufgrund des relativ kurzen Bestehens ihrer Praxis (zwischen drei und sechs Jahren) der Umfang der Kartei noch in Grenzen hielt. Die übrigen sechs dagegen führten ihre Praxis alle länger als zehn Jahre, hielten jedoch eine gesonderte Altkartei nicht für erforderlich. Vier gaben an, die vollen Karten entsprechend der Bestimmung der Berufsordnung zehn Jahre lang aufzubewahren, in Einzelfällen auch länger. Zwei hoben die Karten unbegrenzt auf und sortierten lediglich die von Verstorbenen aus.

Von den 20 Ärzten, die eine Altkartei führten, gaben sieben an, daß sie die vollen Karten jeweils sofort in diese übernahmen. Die anderen 13 dagegen beließen die vollen Karten zunächst in der Hauptkartei und nahmen die Aussonderung nach folgenden Kriterien vor: Neun sortierten die ältesten Karten immer dann aus, wenn ihnen die Unterlagen eines Patienten zu umfangreich wurden; einer legte grundsätzlich alle zwei Jahre neue Karten an und übernahm alle bisherigen, ob vollgeschrieben oder nicht, in die Altkartei; ein anderer verfuhr ebenso, allerdings in jährlichem Abstand. Die übrigen beiden Ärzte übernahmen in die Altkartei nur die Karten solcher Patienten, die länger als ein halbes bzw. länger als zwei Jahre nicht mehr in Behandlung gewesen waren.

Tab. 6: Aufbewahrungsdauer der Karten in der Altkartei bei 20 Ärzten

10 Jahre	2
20 Jahre	1
unbegrenzt	9
noch unentschieden, da Praxisdauer weniger als 10 Jahre	8

Zwei Ärzte führten zusätzlich eine Uralt-Kartei. Einer bewahrte dort die Karten von Verstorbenen auf, der andere die von solchen Patienten, deren letzte Behandlung länger als zehn Jahre zurücklag.

Da nach Übernahme in eine Altkartei die vollen Karten eines Patienten nicht mehr bei jedem Besuch vorliegen, übertrugen 13 Ärzte ihnen wesentlich erscheinende Daten, wie wichtige Befunde und Diagnosen, insbesondere Dauerdiagnosen, Allergien und ähnliches, auf die neue Karte.

Mit einer Ausnahme führten alle befragten Ärzte eine "Aktivkartei" mit den Karten der im jeweiligen Quartal behandelten Patienten. Vier dehnten diese Aktivkartei zusätzlich auf das vorhergehende Quartal aus.

5) Dokumentation außerhalb der Kartei

a) Aufbewahrung zusätzlicher Dokumente

Neben den Karteikarten sind Röntgenbilder, EKGs, Facharzt- bzw. Klinikbefunde, Gutachten und Krankenschreibungen wichtige Dokumente, die so aufbewahrt werden müssen, daß sie im Bedarfsfall jederzeit zugänglich sind. Die befragten Ärzte verfahren dabei folgendermaßen:

Tab. 7: Aufbewahrung zusätzlicher Dokumente

	Röntgen- bilder	EKGs	Facharzt- bzw. Klinikbef.	Gutachten	Krank- schrei- bungen
Faltkarte bzw. Karteitasche	-	8	14	12	17
Extrakartei	-	9	2	3	4
Ordner	-	8	14	15	9
Schrank bzw. Regal	12	3	-	-	-
zurück an Kran- kenhaus bzw. Röntgenologen	12	-	-	-	-
werden Patient mitgegeben	6	2	-	-	-

b) Sonderkarteien und Aufzeichnungen für wissenschaftliche Zwecke.

Sonderkarteien wurden von zwölf Ärzten geführt und zwar zu folgenden Zwecken:

Bei dreien für auswärtige Patienten, die nur einmal behandelt worden waren; einer dieser Ärzte führte eine

zweite Sonderkartei für Notdienstfälle.

Zwei Ärzte hatten eine Sonderkartei für Patienten, deren Krankenschein noch fehlte, einer für physiotherapeutische Maßnahmen, einer für Vorsorgeuntersuchungen, ein weiterer für Lehrlingsuntersuchungen. Ein Arzt verwendete eine Sonderkartei für die Patienten eines Altersheims, einer für ein Kinderheim, ein anderer für ein psychiatrisches Pflegeheim. Bei einer Ärztin umfaßte je eine Sonderkartei die Karten alter Patienten, die sie ausschließlich zuhause besuchte bzw. der Patienten, die regelmäßig Spritzen bekamen.

Gesonderte Aufzeichnungen für wissenschaftliche Zwecke führten zwei der befragten Ärzte.

c) Eine zusätzliche Dokumentation in Büchern fand sich bei 25 Ärzten. Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht.

Tab. 8: Dokumentation in Büchern

Laborbuch	24
Bestrahlungsbuch	8
EKG-Buch	4
Röntgenbuch	3) ^x
Impfbuch	1

)^x diese drei Ärzte verfügten über eine praxiseigene Röntgenanlage.

d) Sechs Ärzte führten bei Hypertonikern zur Überprüfung der Therapie Blutdruckkurven auf vorgedruckten Kontrollblättern. Ein Beispiel für ein solches Kontrollblatt zeigt die folgende Abbildung.

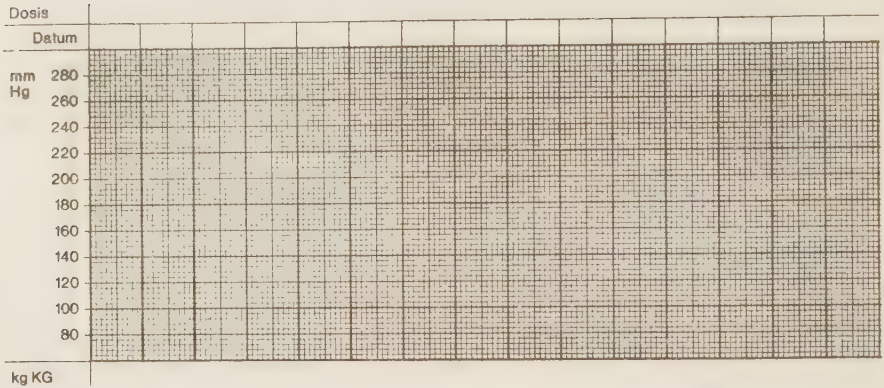


Abb. 15: Blutdruck-Kontrollblatt

Ähnliche Blätter wurden von elf Ärzten an Patienten zur Eintragung von selber gemessenen Werten ausgegeben.

e) Die Verwendung von Anamnese- bzw. Untersuchungsbogen: Ein Arzt verwendete die vom Arbeitskreis für praktische Medizin der Deutschen Gesellschaft für medizinische Dokumentation und Statistik ausgearbeiteten, im CEDIP-Verlag München erhältlichen Vordrucke für Anamneseerhebung und Allgemeinuntersuchung die in Abbildung 16 bzw. 17 gezeigt sind.

Abb. 16, S.43: Anamnesebogen (Bezugsquelle: CEDIP-Verlag München)

Abb. 17, S.44: Untersuchungsbogen (Bezugsquelle: CEDIP-Verlag, München)

Weg geht	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Kreislauf	I-Zahl
1								Anmerkungen
2								
3								
4								
5								
6								

BASISANAMNESE

Operationen:

Rente:

Eigene Vorkrankheiten:

Masern	Diphtherie	(Para-)Ty.	Tbc (wo?)	Diabetes	Magen/Darm
Mumps	Scharlach	Ruhr	von - bis	Schilddr.	Galle/Leber
Rotein	Mandelenzdg.	Malaria	überwacht bis	Augen	Niere/Blase
Windp.	Rheum. Fieber	Zoonosen	Geschl. Kr.	Ohren	Nerven
Keuchh.	Gelbsucht			Lungen/Rippenf.	Haut
				Herz/Kreislauf	WS/Gelenke

Sonstige Krankheiten:

Impfungen:

Früherkennung
(wann zuletzt)

Familien-Anamnese:

Krebs	Übergewicht
Tbc	Herzleiden
Diabetes	Hirnschlag
Gicht	Hochdruck

Geschwisteranamnese:

Venenleiden	Magen
Haut	Galle
Asthma	Niere
Rheuma	Steinleiden

Nerven-
Gemüts-
Anfalls-
Erbleiden

Sonstige Krankh.:

Frauen:

Menarche	Fluor
Menses	Kont. Blutg.
Menopause	Fehlgeb.
Geburten	Totgeb.

Medikamente:

Schlafm.	Langzeitbeh. (von-bis)
Abführm.	
Pille	
Sonstige	

Alkohol:

Nikotin:
Drogen:

Vegetative Funktionen/soziales Milieu:

Schlaf:	Tagesablauf:
Appetit:	Freizeit:
Durst:	Urlaub:
Stuhl:	Sport:
Miktion:	Beruf. Belastg
Vita sex:	Fam. Belastg

Diagnosen	I	II	III	IV	Jahr
1					19
2					Kr. Sch. Rechnung
3					19
4					Kr. Sch. Rechnung
5					19
6					Kr. Sch. Rechnung
7					19
8					Kr. Sch. Rechnung
9					19
10					Kr. Sch. Rechnung
11					19
12					Kr. Sch. Rechnung
13					19
14					Kr. Sch. Rechnung
15					19

1. Name	2. Geburtsdatum	3. Geburtsort	4. Beruf	5. Wohnort	6. Arztstempel
1. Name: ... 2. Geburtsdatum: ... 3. Geburtsort: ... 4. Beruf: ... 5. Wohnort: ... 6. Arztstempel: ...					

Befund

o. B.	Alter	Größe	Gewicht	EZ	KZ	Konst. Typ	Rasse	n. u.
Allgem.:								
Haut:	Durchblutung		hypo	normal	hyper	Farbe	Cyanose	Ikterus
	sichtb. Schläfe							
	Anhgs. Gebilde							
Kopf:	NAP		NH	Visus	Ohren	Nase	Sonstiges	
	Mundhöhle		Zunge	Tonsillen	Rachen	Foetor		
	Gebiß		Kaufah	Luckenhaft	San. bed.	Saniert	Proth. Teil/Voll	
	Besonderheiten:							
Hals:	Umfang		Schilddrüse	Lymphome		Einflußstauung		
Brust:	Form/Def.		Umfangsdiff.	Atemexkurs		Vitalkap.	Apnoe - Zeit	
	Mammæ							
	Besonderheiten:							
Lungen:	Klopf-schall		Grenzen		Atemverschieblichkeit			
	Atemgeräusch		Nebengeräusch					
	Besonderheiten:							
Herz:	Grenzen		Spitzenstoß	Aktion		regelm./unregelm.		Extras
	Tone			Geräusche				
	RR		Puls/min	Gefäße				
	Besonderheiten:							
Bauch:	Umfang		Bauchdecke		Meteorismus		Ascites	
	Druckschmerz				Nierenlager		OP-Narben/Striae	
	Leber		Milz		Bruchpforten			
	Genitale		Anus		Rectum			
	Besonderheiten:							
Wirbel-säule:	Beweglichkeit							
	Verkrümmungen							
	Stauch-							
	Klopf-							
	Druckschmerz							
	Besonderheiten:							
Glied-maßen:	Beweglichkeit		Arme		Ober-, Unter-, Hande.		Obersch. Untersch. Füße	
	Deformierungen							
	Grobe Kraft							
	Gelenke							
	Oedeme							
	Varizen							
	Ulcera							
	Narben							
	Dbl							
ZNS:	Reflexe		Tonus					
	Romberg		Babinski					
Psyche:			Vegetative Zeichen:		Lidflattern			
					Tremor (Zunge/Hande)			
					Temperatur			
					Dermograph			
					Erythem			

Ein anderer Arzt benutzte Anamnesebögen ausschließlich bei psychotherapeutisch ausgerichteten Gesprächen. Weitere sechs Ärzte berichteten, daß sie solche Bögen früher verwendet, jedoch - hauptsächlich aus Gründen der Zeitersparnis - wieder aufgegeben hätten.

f) In drei Allgemeinpraxen wurden an neu hinzukommende Patienten Anamnesefragebögen zum selber Ausfüllen ausgegeben. Zwei weitere Ärzte bedienten sich solcher Fragebögen nur bei Vorliegen bestimmter Symptome, wie z.B. Depressionen, ein anderer benutzte sie nur für Ausländer in deren jeweiliger Sprache. Acht Ärzte waren nach vorübergehender Verwendung aus verschiedenen Gründen wieder davon abgekommen, u.a. deshalb, weil ihnen die Methode zu unpersönlich erschienen war, weil sie einer gezielteren Fragestellung den Vorzug gaben, weil sich Verständnisschwierigkeiten bei den Patienten ergeben hatten und schließlich weil die Auswertung des Fragebogens oft zeitraubender gewesen war als die mündliche Erhebung einer Anamnese.

g) Weitere Dokumentationsmethoden, die bisher nicht angesprochen wurden, fanden sich bei sechs Ärzten. Zwei führten ein Buch, in das alle Patienten, die die Praxis aufsuchten, unter dem jeweiligen Datum der Reihe nach eingetragen wurden. - Der Sinn eines solchen Buches erscheint jedoch nicht ganz einleuchtend. Es dürfte sich dabei eher um eine "liebe Angewohnheit" als um eine zweckmäßige Einrichtung handeln.

Ein Arzt hatte ein Buch für Patienten, bei denen die Krebsvorsorgeuntersuchung verdächtige oder zweifelhafte Befunde ergeben hatte, anhand dessen er weitere diagnostische Schritte veranlaßte oder sie rechtzeitig zur Kontrolluntersuchung einbestellte.

Drei Ärzte verwendeten Durchschriften des Krankenscheins, in die Karteikarte eingelegt, als Dokumentationshilfen. Auf diese Weise waren sie nicht gezwungen, jeden Besuch eines Patienten in die Karteikarte einzutragen, da ja zumindest Datum und Gebührenordnungsziffer aus der Durchschrift ersichtlich waren.

6) Persönliche Erfahrungen

Auf die Frage, wie sie zu dem jetzt angewandten Dokumentationssystem gekommen seien, gaben 14 Ärzte an, daß Empfehlungen von Kollegen dabei eine Rolle gespielt hätten. Neun konnten ihre Erfahrungen aus Praxisvertretungen verwerten, fünf hatten sich aus Büchern Anregungen geholt. Darüberhinaus waren bei 23 Ärzten eigene Vorstellungen und Ideen mehr oder weniger an der Entwicklung beteiligt gewesen.

Drei Ärzte bewerteten ihr System als sehr gut, 19 als gut; die restlichen acht bezeichneten es - mit geringen Einschränkungen - als zufriedenstellend.

Während sieben der Befragten die einmal gewählte Methode unverändert beibehielten, hatten 23 im Laufe der Zeit versucht, das System durch gewisse Modifikationen noch besser den Erfordernissen anzupassen:

Was die Karteiform betrifft, so wurden die üblichen Kästen von zwei Ärzten durch einen Kartetrog ersetzt, zwei andere bevorzugten einen Karteilift bzw. eine Hängekartei.

Drei Ärzte gaben die einfachen Karteikarten zugunsten von Faltkarten auf, während umgekehrt ein Arzt von Kartetaschen auf einfache Karteikarten überging. Von zwei Ärzten wurde die Verwendung von Karteikarten überhaupt

erst nachträglich eingeführt, nachdem sie zunächst lediglich Krankenscheindurchschriften aufbewahrt hatten. Ein Arzt begann, EKG- und Röntgenbefunde auf verschiedenfarbige Blätter aufzuschreiben und diese in die Faltskarten einzulegen; ein anderer legte für Befunde Ordner an. Ein weiterer Arzt führte Laborbögen sowie Kontrollzettel für Hypertoniker ein.

Sonderkarteten wurden nachträglich in einem Fall für Vorsorgeuntersuchungen, in einem anderen Fall für ein psychiatrisches Pflegeheim eingerichtet.

Ein Arzt entschloß sich zur Führung eines Laborbuchs, wogegen zwei andere ein Bestrahlungsbuch, ein EKG-Buch sowie ein Tagebuch, in dem alle Patienten notiert worden waren, wieder abschafften.

Ebenfalls abgeschafft wurde von drei Ärzten die Verwendung von Reitern, die bei einem zur Kennzeichnung der verschiedenen Kassen, bei den zwei anderen zur Markierung fehlender Krankenscheine gedient hatten.

21 Ärzte hatten nicht die Absicht, an ihrem Dokumentationssystem in nächster Zeit irgendetwas zu ändern, sie hielten Verbesserungen nicht für erforderlich.

Die anderen neun dagegen hatten z.T. konkrete Änderungspläne, z.T. gaben sie Änderungswünsche an, deren Realisierung ihnen jedoch aus verschiedenen Gründen nicht ohne weiteres möglich erschien, z.T. wiesen sie auf gewisse Nachteile ihres Dokumentationssystems hin, ohne jedoch eine Lösung dieser Probleme anbieten zu können.

Kritik geübt wurde z.B. daran, daß die Dokumentation aus eigener Hand sehr zeitaufwendig sei, daß die Kartetaschen oft sehr dick würden (drei Ärzte), daß länger zurückliegende Daten manchmal schwer greifbar seien und deshalb eine Zusammenfassung wichtiger Daten auf einer Karte vorteilhaft wäre.

Als wünschenswerte Verbesserungen wurden Ersatz der Adrema-Alufolie durch eine Plastikfolie sowie die Verwendung von EDV in der Praxis genannt.

Konkrete Änderungspläne bezogen sich auf die Einführung einer gesonderten Hängekartei für EKG-, Röntgen- und Facharztbefunde, den Ersatz von Karteikästen durch einen Karteitrog mit verschiebbarer Deckplatte sowie auf die Anschaffung eines elektrischen Karteischranks.

III. DISKUSSION

PROSENC (18), der durch langjährige Praxisvertretungen einen Einblick in die Dokumentationsgewohnheiten von Allgemeinpraktikern in Österreich gewann, berichtete im Jahre 1960 folgendes:

Von 26 praktischen Ärzten führten drei (= 12%) über jeden Kranken laufend eine schlagwortartige Krankengeschichte vorwiegend mit klinischer Nomenklatur und in Karteiform.

Sechs (= 23%) führten bei manchen Patienten gelegentliche schriftliche Aufzeichnungen mit klinischer Nomenklatur und in Karteiform, manchmal auch in Buchform. Daneben wurden klinische und fachärztliche Befunde bzw. Diagnosen fast immer gut geordnet gesammelt.

17 praktische Ärzte (= 65%) führten keine eigenen schriftlichen Aufzeichnungen sondern begnügten sich mit den gesammelten Facharzt- oder Krankenhausbefunden. Ansonsten stützten sie sich auf die Krankenscheindiagnosen.

HADFIELD (12) fand 1953 bei 40% der im staatlichen Gesundheitsdienst tätigen englischen Allgemeinpraktiker keine oder nur eine mangelhafte Karteiführung.

PETERSON und Mitarbeiter (16) stellten 1965 bei US-Allgemeinpraktikern ähnliche Verhältnisse fest:

Etwa jeder sechste (17%) führte eine Kartei in der Form, daß er alle Untersuchungsergebnisse etc. registrierte.

Ungefähr jeder zweite (50%) führte schlagwortartige Aufzeichnungen.

Die restlichen (33%) beschränkten sich auf gelegentliche Notizen oder führten überhaupt keine Kartei.

Diese Erfahrungen stehen im Gegensatz zu den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit: bei allen 30 befragten Ärzten fand sich eine mehr oder weniger ausführliche Dokumentation auf Karteikarten, wobei zumindest in Stichworten die erhobenen Befunde und therapeutischen Maßnahmen sowie - mit zwei Ausnahmen - auch die Diagnosen festgehalten wurden. 25 Ärzte nahmen grundsätzlich bei jedem Besuch eines Patienten eine Eintragung vor. Darüberhinaus sammelten alle Ärzte Facharzt- bzw. Klinikbefunde und bewahrten sie in Ordnern, Extrakarteien oder direkt in den Karteitaschen auf.

Die mit Abstand am meisten verwendete Karteiform war die Standkartei (bei 29 der 30 befragten Ärzte). Die Gründe dürften wohl darin zu sehen sein, daß sie in der Anschaffung vergleichsweise preisgünstig und außerdem platzsparend ist. Allerdings ist dabei auch zu berücksichtigen, daß diese Karteiform schon länger als andere auf dem Markt ist und daß viele Ärzte ein einmal eingeführtes System nur ungern wieder aufgeben.

Gegenüber den einfachen Karteikarten wurden Faltkarten deutlich bevorzugt (21 gegenüber 4). Der wesentliche Vorteil der Faltkarte besteht darin, daß Facharzt- und Klinikberichte, Krankenscheine etc. in der Karte aufbewahrt werden können und somit jederzeit zur Hand sind. Der damit verbundene Nachteil, daß der Umfang der Karten relativ rasch zunimmt, kann durch gelegentliches Aus-sortieren der eingelegten Dokumente ausgeglichen werden. Ähnlich sind auch Karteitaschen zu bewerten, die allerdings in der Anschaffung teurer als Faltkarten oder einfache Karteikarten sind.

Alle befragten Ärzte ordneten die Karteikarten in alphabetischer Reihenfolge. Anders als in der Klinik scheint sich in der Allgemeinpraxis eine Ordnung nach

dem Natussystem nicht zu bewähren, da immer wieder Situationen auftreten, in denen zwar ohne weiteres der Name, nicht aber das Geburtsdatum festzustellen ist. Man denke nur an eine Rezeptabholung durch Angehörige oder an einen Hausbesuch bei einem bewußtlosen Patienten.

Die alphabetische Ordnung der Kartei erfordert fast zwangsläufig die Verwendung eines alphabetischen Registers als Signalisierungshilfe. Daneben sind aber auch Randmarkierungen weitverbreitet, da sie eine gute optische Kontrolle der richtigen Einordnung ermöglichen. Auch Reiter sind beliebte Markierungshilfen; sie haben jedoch den Nachteil, daß sie leicht verlorengehen und außerdem die Karten beschädigen.

Die Verwendung verschiedenfarbiger Karten für Männer und Frauen trägt zum raschen Auffinden in der Kartei bei. Die farbliche Unterscheidung der einzelnen Kassen dagegen kann im Falle eines Kassenwechsels problematisch werden, da dann ein Umschreiben der Karte erforderlich wird.

Die Vorzüge einer sofortigen Eintragung sind unbestritten. Alle 30 befragten Ärzte legten darauf Wert, da eine spätere Eintragung eine unnötige Belastung des Gedächtnisses darstellen und außerdem die Gefahr von Verwechslungen oder des Vergessens von Daten beinhalten würde.

Diese Problematik stellt sich insbesondere bei Hausbesuchen. Eine sofortige Eintragung setzt hier allerdings die Mitnahme der Karten voraus, was zugleich den Vorteil hat, daß alle Angaben über den jeweiligen Patienten vorliegen. Allerdings ist diese Methode auch mit erheblichen Nachteilen verbunden, so daß nur ein Drittel der befragten Ärzte sie praktizierte. Insbesondere entstehen Probleme bei Besuchen von der Wohnung aus (so z.B. bei Notfällen, nachts oder am Wochenende); zudem unter-

·liegen die Karten einem erhöhten Verschleiß oder können sogar verbleichen.

Als Kompromiß führten zehn Ärzte ein Hausbesuchsbuch, aus dem sie später die Daten in die Karteikarten übertrugen.

Neben Befunden, Diagnosen und Therapiemaßnahmen hielten 27 Ärzte auch Angaben des Patienten - zum Teil sogar wörtlich - auf der Karteikarte fest. Trotz des höheren Zeitaufwandes ist dieses Vorgehen vorteilhaft, da es zur späteren Überprüfung einer einmal gestellten Diagnose von Bedeutung sein kann.

Auch die schriftliche Fixierung von Normalbefunden erscheint durchaus sinnvoll (sie wurde von 24 Ärzten praktiziert), da nur so eine Kontrolle darüber möglich ist, ob ein Befund unauffällig war oder überhaupt nicht erhoben wurde.

In der Beurteilung des Patienten durch den Arzt spielen subjektive Eindrücke sicher eine sehr wesentliche Rolle und ihre Eintragung in die Karteikarte kann es dem Arzt erleichtern, sich nach einer gewissen Zeit wieder ein Bild von einem Patienten zu machen. Sie könnte allerdings auch von Nachteil für den Patienten sein, falls die Karten in falsche Hände gelangen sollten.

Eine räumliche Aufteilung der Karteikarte in verschiedene Rubriken, die immerhin von sieben der befragten Ärzte durchgeführt wurde, gewährleistet zweifellos eine bessere Übersicht und raschere Auffindbarkeit einzelner Daten. Dies dürfte mit Sicherheit den relativ kleinen Nachteil, daß die Karten dadurch schneller voll werden, aufwiegen.

Im Laufe mehrerer Praxisjahre nimmt der Umfang der Kartei zwangsläufig zu. Für den Arzt stellt sich damit die Frage, ob er die vollen Karten in der Kartei belassen soll, was den Vorteil hat, daß alle Daten sofort zur Hand sind, aber auch den Nachteil, daß die Kartei durch die ständige Größenzunahme immer unübersichtlicher wird.

Aus diesem Grunde erscheint die Einrichtung einer Altkartei als die geeignete Lösung, da durch sie die Hauptkartei entlastet wird und ältere Daten trotzdem jederzeit zugänglich sind.

Die Übertragung besonders wichtiger Daten von der vollen auf die neue Karte hat sicher ihre Vorzüge, da so am besten ein kontinuierlicher Überblick gewährleistet wird. Dies ist vor allem von Bedeutung, wenn eine Altkartei besteht.

Allerdings ist die Entscheidung darüber, was im Einzelfall besonders wichtig ist, problematisch. Sie stellt in jedem Fall eine Selektion dar, die von den augenblicklichen Verhältnissen ausgeht, ohne berücksichtigen zu können, was später u.U. einmal von Bedeutung sein könnte. Wird diese Tatsache vom Arzt übersehen und verläßt er sich völlig auf die übertragenen Daten, so besteht die Gefahr, daß er Zusammenhänge übersieht, weil zum Zeitpunkt der Übertragung die Bedeutung bestimmter Daten noch nicht erkennbar war.

Die Vorzüge einer Abtrennung der Karten der im laufenden Quartal in Behandlung befindlichen Patienten in einer Aktivkartei liegen vor allem in der Erleichterung der Abrechnung am Quartalsende. Der hierdurch erzielte Zeitgewinn scheint doch erheblich zu sein, da sich alle befragten Ärzte - mit einer Ausnahme - für die Einrichtung einer solchen Aktivkartei entschieden hatten.

Sonderkarteien wurden von zwölf Ärzten geführt. Sie scheinen sich offensichtlich immer dann zu bewähren, wenn besondere Patientengruppen zu betreuen sind, wie z.B. Kinder-, Pflege- oder Altersheime.

Anamnese- und Untersuchungsbogen stießen bei den befragten Ärzten überwiegend auf Ablehnung. Einem Arzt, der diese Bogen benutzte, standen sechs gegenüber, die ihre Verwendung wieder aufgegeben hatten, während die restlichen 23 sie von vornherein ablehnten. Es ist sicherlich zutreffend, daß das Ausfüllen dieser Bogen zeitaufwendig ist. Das Vorgehen nach einem solchen Schema ist wenig flexibel und nicht auf den einzelnen Patienten abgestimmt. Es entspricht damit mehr der klinischen Gründlichkeit als der in der Praxis erforderlichen "gezielten Routine" (8, 5). Andererseits hat es jedoch den Vorteil, daß nichts wesentliches übersehen wird, da der Arzt seine Befunderhebung nicht nur auf die vom Patienten geklagten Beschwerden ausrichtet, sondern darüberhinaus einen allgemeinen Status erhebt. Damit begegnet er zugleich auch der Gefahr, im Laufe einer langjährigen Praxistätigkeit mit der Zeit weniger gründlich vorzugehen.

Auch von der Möglichkeit, an die Patienten Fragebogen zur Anamneseerhebung auszugeben, wurde nur wenig Gebrauch gemacht.

Die Bedeutung der Anamneseerhebung liegt keineswegs nur in der Erfassung von Daten aus der Lebensgeschichte des Patienten sowie seiner gegenwärtigen Beschwerden, sondern hat darüberhinaus auch eine wesentliche Funktion für die erste Kontaktaufnahme zwischen Arzt und Patient. Durch das persönliche Gespräch werden Hemmungen abgebaut und es kann das Vertrauen entstehen, das für die weitere Behandlung so wichtig ist.

Dagegen ist die Anamneseerhebung durch Fragebogen schematisch und unpersönlich, so daß sie von manchen Patienten geradezu als beleidigend aufgefaßt wird, wie ein Arzt berichtete.

Der Arzt verzichtet damit auch auf eine Möglichkeit, sich ein Bild von der Persönlichkeit des Patienten zu machen. Außerdem erscheint es fraglich, ob durch eine schriftliche Anamneseerhebung Zeit eingespart wird. Die Auswertung des Fragebogens beansprucht nämlich annähernd soviel Zeit wie die mündliche Erhebung einer Anamnese, und außerdem sind häufig detailliertere Angaben erforderlich, die hinterher doch mündlich erfragt werden müssen.

Da es sich bei Anamnesefragebögen um einheitliche Vordrucke handelt, die das unterschiedliche Intelligenzniveau der einzelnen Patienten nicht berücksichtigen, können bei einem Teil der Patienten Verständnisschwierigkeiten auftreten, was die Auswertbarkeit der Bögen beeinträchtigt. Nach der geschilderten Problematik erscheint es sehr fraglich, ob die Anwendung solcher Fragebögen vorteilhaft ist.

Für die heutzutage häufig gegebene Situation jedoch, daß Ausländer die Praxis aufsuchen, mit denen eine Verständigung nur schwer möglich ist, könnte die Ausgabe von Fragebogen in der jeweiligen Muttersprache durchaus von Nutzen sein und Mißverständnisse verhindern helfen.

Für die vorliegende Arbeit wurden 30 niedergelassene Allgemeinärzte über ihre Dokumentationsgewohnheiten befragt. Bei allen fand sich eine gewissenhafte Karteiführung, wobei wesentliche Daten auf Karteikarten festgehalten und darüberhinaus Facharzt- und Klinikberichte geordnet gesammelt wurden.

Unterschiede bestanden in erster Linie in der Organisation der Kartei (Aktivkartei, Altkartei etc.), in der

Anlage von Sonderkarteien und Ordnern.

Dagegen schien die Lage der Praxis (Großstadt, Kleinstadt bzw. Land), die Praxisgröße und der damit verbundene Zeitaufwand sich nicht unmittelbar auf die Dokumentationsweise auszuwirken. Auch die Praxiserfahrung bzw. das Alter des jeweiligen Arztes spielt nach den gewonnenen Erfahrungen keine wesentliche Rolle. So dehnten z.B. einige Ärzte im Lauf der Zeit den Umfang ihrer Aufzeichnungen aus, während andere ihn eher einschränkten.

Der Dokumentationsstil eines Arztes scheint damit weniger von den genannten äußeren Bedingungen als vielmehr von persönlichen Eigenschaften wie Genauigkeit, Gewissenhaftigkeit und Verantwortungsbewußtsein abzuhängen.

IV. EMPFEHLUNGEN FÜR EINE PRAXISGERECHTE DOKUMENTATION

Als Fazit der durchgeführten Befragung sowie der vorstehenden Diskussion ergeben sich unter Berücksichtigung der Notwendigkeit, Zeit und Platz zu sparen, folgende Empfehlungen für eine zweckmäßige Dokumentation in der Praxis.

Was das Karteisystem betrifft, so scheint eine Standkartei mit Faltkarten, die bei zunehmendem Umfang gelegentlich aussortiert werden, am sinnvollsten. Die Karten sollten dabei in alphabetischer Reihenfolge mit entsprechendem Register geordnet werden. Die zusätzliche Verwendung von Reitern oder Farbmarkierungen als Signalisierungshilfen - z.B. bei Allergien, fehlendem Krankenschein usw. - trägt zur Übersichtlichkeit der Kartei bei.

Auf jeden Fall erscheint eine sofortige Eintragung der Daten empfehlenswert. Um dies auch bei Hausbesuchen zu ermöglichen, dürfte die Führung eines Hausbesuchsbuches zweckmäßig sein, das in der Bereitschaftstasche aufbewahrt wird und somit auch bei Notfällen, nachts oder am Wochenende immer griffbereit ist.

Der Umfang der Eintragungen auf der Karteikarte wird von Arzt zu Arzt sehr unterschiedlich sein; sie sollten jedoch immer - zumindest in Stichpunkten - Befunde und Therapie, soweit möglich auch Diagnosen umfassen. Darüberhinaus wird es auch manchmal sinnvoll sein, Angaben des Patienten oder subjektive Eindrücke zu vermerken.

Eine Einteilung der Karteikarte in verschiedene Rubriken erscheint sehr empfehlenswert, da hierdurch die Übersichtlichkeit entscheidend verbessert und ein schnelles

Auffinden von Daten erleichtert wird.

Die Einrichtung einer Altkartei wird nach mehreren Praxisjahren immer zweckmäßig sein. Die Übernahme voller Karten in diese Altkartei sollte mit der Übertragung von wichtigen Daten auf die neue Karte bzw. auf ein Einlegeblatt (vergl. S.23) verbunden werden.

Um die zeitaufwendige Quartalsabrechnung zu erleichtern, bietet sich die Zusammenfassung der im jeweiligen Quartal behandelten Patienten in einer Aktivkartei an.

Sonderkarteien dürften i.a. kaum erforderlich sein; ihre Führung scheint jedoch dann sinnvoll, wenn besondere Patientengruppen zu betreuen sind, wie z.B. Kinder- oder Altersheime.

V. ZUSAMMENFASSUNG

Es ist das Ziel der vorliegenden Arbeit, einen Einblick in die Dokumentationsgewohnheiten niedergelassener Allgemeinärzte zu vermitteln.

Zu diesem Zweck wurden 30 Ärzte mit Großstadt-, Kleinstadt- und Landpraxen anhand eines Fragebogens über ihre Karteiführung sowie über die damit verbundenen Erfahrungen befragt.

Nach einer kurzen Erläuterung der die Dokumentation betreffenden Bestimmungen der Berufsordnung werden die Aufgaben und Ziele der Dokumentation in der Praxis definiert.

Es folgt eine Beschreibung der üblichen Karteisysteme und Karteiblattsorten, der Ordnungsprinzipien und Signalisierungshilfen. Als Dokumentationshilfen werden Stempelsätze, Ideogramme, Anamnesefragebogen und Untersuchungsbogen sowie die diagnostischen Programme nach BRAUN anhand von Beispielen erläutert. Die Dreiteilung der Karteikarte nach FRANZ sowie das Einlegeblatt zur amnestischen Übersicht nach BRAUN werden als Vorschläge aus der Literatur zur zweckmäßigen Führung der Patientenkartei vorgestellt.

Es wird auf Schwierigkeiten bei der Anwendung der klinischen Nomenklatur in der Allgemeinpraxis hingewiesen.

Im folgenden wird die Methode der Erfassung sowie der verwendete Fragebogen dargestellt. Er gliedert sich in

1. Allgemeine Fragen zu Praxis,
2. Fragen zur Kartei,
3. Eintragungen auf der Karteikarte,
4. Hauptkartei - Aktivkartei - Altkartei,
5. Dokumentation außerhalb der Kartei und
6. Persönliche Erfahrungen.

Die Ergebnisse der Befragung werden aufgeführt, anschließend die Vor- und Nachteile der einzelnen Systeme und Methoden diskutiert und daraus Empfehlungen für eine praxisgerechte Dokumentation abgeleitet.

Es fand sich bei allen Allgemeinärzten eine gewissenhafte Karteiführung, wobei wesentliche Daten zumindest in Stichworten auf Karteikarten festgehalten sowie Facharzt- und Klinikbefunde geordnet gesammelt wurden.

Unterschiede bestanden in erster Linie in der Organisation der Kartei (Aktivkartei, Altkartei etc.), in der Anlage von Sonderkarteien und Ordnern. Dagegen spielt nach den gewonnenen Erfahrungen die Lage der Praxis, die Praxisgröße sowie das Alter des jeweiligen Arztes keine wesentliche Rolle.

Der Dokumentationsstil eines Arztes scheint somit weniger von diesen äußeren Bedingungen abzuhängen als vielmehr von persönlichen Eigenschaften wie Genauigkeit, Gewissenhaftigkeit und Verantwortungsbewußtsein.

VI. LITERATURVERZEICHNIS

- (1) BRANDLMEIER, P.:
Hilfen für die Schnelldokumentation
in P. BRANDLMEIER (Herausgeber):
Die Allgemeinpraxis
Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1974
- (2) BRANDLMEIER, P.:
Rechtliche Fragen zur Karteiführung
in P. BRANDLMEIER (Herausgeber):
Die Allgemeinpraxis
Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1974
- (3) BRAUN, R.N.:
Diagnostische Programme in der Allgemeinmedizin
Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1976
- (4) BRAUN, R.N.:
Die gezielte Diagnostik in der Praxis
Schattauer, Stuttgart 1957
- (5) BRAUN, R.N.:
Die wissenschaftliche Erforschung der Allgemein-
praxis und ihre Bedeutung für die Klinik
Med. Welt 36, 1599-1603 (1959)
- (6) BRAUN, R.N.:
Feinstruktur einer Allgemeinpraxis
Schattauer, Stuttgart 1961
- (7) BRAUN, R.N.:
Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis
Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1970

- (8) BRAUN, R.N.:
Praxis und Klinik - zwei verschiedene Richtungen
der Medizin?
Ärztl. Mitt. 21, 711 (1959)

- (9) BRAUN, R.N.:
Über die Dokumentation des niedergelassenen
Facharztes
Med. Welt 34, 1818 (1969)

- (10) FRANK-SCHMIDT, H.J., GRAUL, E.H.:
Handbuch der Praxisrationalisierung
J.F. Lehmanns-Verlag, München 1972

- (11) FRANZ, U.:
Ein Vorschlag zur laufenden Führung der Patienten-
karteikarten
Der Landarzt 18, 784 (1965)

- (12) HADFIELD, S.J.:
A Field-Survey of General Practice 1951-52
a. Supplement: A Review of General Practice.
Brit. med. J. 2, 683 bzw. 103 (Supplement), (1953)

- (13) HAMM, H.:
Allgemeinmedizin
Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1975

- (14) KNABE, H.:
Der Arzt auf dem Lande und seine Helfer
Berlin: Volk und Gesundheit 1942

- (15) LIEK, E.:
Der Arzt und seine Sendung
J.F. Lehmanns-Verlag, München 1934

- (16) PETERSON, O.L., ANDREWS, L.P., SPAIN, R.S.,
GREENBERG, B.G.:
An Analytic Study of North Carolina General Practice
J. med. Educ. 31, part 2, 47 (1965)
- (17) PILLAU, H.:
Karteisysteme für die Allgemeinpraxis
in P. BRANDLMEIER (Herausgeber):
Die Allgemeinpraxis
Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1974
- (18) PROSENC, F.:
Die Krankengeschichtsführung in der Allgemeinpraxis
und ihre grundlegende Bedeutung
Der Landarzt 14, 477 (1960)
- (19) Report on Colour Tagging by Research Committee
of Council
J. Coll. Practit. 8, 94 (1964)
- (20) SCHOLER, H.:
Die graphische Anamnese
Med. Welt 3, 112 (1959)
- (21) SZAKOLYI, A.:
Anwendung von Symbolen in der Dokumentation
Inform. Bl. IGAM 4, 26 (1969)

Herrn Prof. Dr. N. Zöllner möchte ich für die
Überlassung der Dissertation danken.

Herrn Priv. Doz. Dr. H. Pillau gilt mein Dank für
wertvolle Diskussionen und Anregungen sowie für
sein stetes Interesse am Fortgang dieser Arbeit.

LEBENS LAUF

Am 11. Mai 1954 wurde ich als erstes Kind des Hutfabrikanten Josef Klein und seiner Ehefrau Helga Klein, geb. Stuber, in Ulm geboren.

Ich wuchs in Lindenberg i. Allgäu auf. Von 1960 bis 1964 besuchte ich dort die Volksschule, anschließend das neusprachliche Gymnasium.

Nach einem Semester Anglistik und Romanistik begann ich im Sommer 1974 mit dem Studium der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Die ärztliche Approbation erhielt ich nach erfolgreich abgelegtem Staatsexamen am 19. Mai 1980.

Im September 1979 heiratete ich den Arzt Dr. Johannes Pfeiffer.

